

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL			CC:	79312010
CORREO ELECTRÓNICO:	amg1409@gmail.com			TELÉFONO:	3115215351
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 73 73 A 65			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24142662524
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7707 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.559.662	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL PS_7707_2025_0B8FFA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL CC: 79312010 CEL: 3115215351					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL

CON C.C N°79.312.010

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA PROYECTO CAMAD - RESOLUCION NO. 1986 DEL 11 DE OCTUBRE 2024 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 7707 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/17

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$9.839.493No. HORAS EJECUTADAS186

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$15.940.684VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$6.559.662

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDOS (2) MESES Y VEINTE Y NUEVE (29) DÍAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:HUGO GERMAN REYES GUERRERO

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

11. CARACTERIZACIÓN (MOMENTO DEL CURSO DE VIDA, ORIENTACIÓN SEXUAL DIVERSA, PERTENENCIA ÉTNICA). 2. EVALUACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS. 3. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS Y RIESGOS EN SALUD Y SOCIALES A PARTIR DEL REPORTE DE NECESIDADES Y AFECTACIONES DE FUNCIONAMIENTO, HABILIDADES Y RELACIONES SOCIALES. 4. REVISIÓN POR SISTEMAS, HISTORIA DE VIDA, CIRCUNSTANCIAS SOCIALES, FAMILIARES, METAS Y PREFERENCIAS. 5. IDENTIFICACIÓN DE COMORBILIDADES Y PREEXISTENCIAS. 6. SOLICITUD DE PRUEBAS O PARACLÍNICOS SEGÚN NECESIDAD O CRITERIO MÉDICO. 7. EN EL MARCO DE ESTE PROCEDIMIENTO SE DEBERÁ GENERAR UN PLAN DE CUIDADO ACORDE CON LAS NECESIDADES, RIESGOS IDENTIFICADOS Y DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO, 8. LAS INTERVENCIONES Y EVALUACIONES POR REALIZAR CON LOS PROFESIONALES DE SALUD CON ENTRENAMIENTO EN GUÍA DE INTERVENCIÓN MHGAP PARA LOS TRASTORNOS MENTALES, NEUROLÓGICOS Y POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD NO ESPECIALIZADA. 9. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LOS CASOS REQUERIDOS. 10. LA PERTINENCIA Y PERIODICIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL COMPONENTE PRIMARIO. 11. LA REMISIÓN AL COMPONENTE COMPLEMENTARIO EN CASO DE SER NECESARIO Y NOTIFICACIÓN A SIVIGILA SEGÚN NECESIDAD. 12. PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS Y USUARIOS DE OTRAS EPAB REGISTRAR LA INFORMACIÓN EN LA MATRIZ DE INFORMACIÓN. 13. PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS QUE SE CONVOQUEN POR PARTE DEL NIVEL CENTRAL O DE LA PERSONA LÍDER DEL PROYECTO. 14. DEMÁS CONCERNIENTES EN EL MARCO DEL PRESENTE PROYECTO. 15.DEMÁS CONCERNIENTES EN EL MARCO DEL PRESENTE "PROYECTO CAMAD - RESOLUCION NO. 1986 DEL 11 DE OCTUBRE 2024 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL". 16. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		N° 1077385902-1077477425		OPERADOR:		SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO			ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:			SANITAS		2025/11/20		\$ 469.050	
PENSIÓN:			COLPENSIONES		2025/11/20		\$ 600.400	
RIESGOS LABORALES:			POSITIVA		2025/11/20		\$ 91.408	
OTRO								
TOTAL PAGADO							\$ 1.160.858	
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA								
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.								
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)								
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .								
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.								
VII. ANEXOS								
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)								
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente								
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL PS_7707_2025_0B8FFA _____ JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL CC: 79312010					
FIRMA DE QUIEN VALIDA			 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_7707_2025_0B8FFA _____ DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO			 HUGO GERMAN REYES GUERRERO PS_7707_2025_0B8FFA _____ HUGO GERMAN REYES GUERRERO SUPERVISOR DEL CONTRATO					

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-22, 10:41:19 AM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Numéro Planilla:

1078165095

Nro Planilla Corregida: 1077385902

Periodo Cotización:

noviembre de 2025

Periodo Servicio:

noviembre de 2025

PAGADO 22/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL		
Documento	CC79312010	Dirección	CL 99 #42 - 43
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115215351
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TDP	TAP	USP	NST	SIN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dia APT	Dia EPS	Dia ARB	Dia CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.128.477	\$ 1.128.477	\$ 3.752.409	\$ 0	\$ 180.500	\$ 141.100	\$ 91.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 413.100	\$ 5.000	\$ 418.100

PAGOSIMPLE |

**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA**

Fecha creación reporte: 2025-11-26, 10:53:44 AM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Numéro Planilla:

1077477425

Nro Planilla Corregida: 1077385902

Periodo Cotización:

noviembre de 2025

Periodo Servicio:

noviembre de 2025

5 Referencia pago (PIN): 8823645340

PAGADO 26/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL		
Documento	CC79312010	Dirección	CL 99 #42 - 43
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115215351
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TSP	VAP	COR	UVR	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	IRP	VCT	UVT	Días APP	Días EPS	Días APP	Días EPS	Días CCE	Administradora	IBC Pension	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79312010	JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL	03	00								X	A										0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 2.623.932	\$ 419.900	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 2.623.932	\$ 328.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 747.900	
CC 79312010	JAIRO ALBERTO MENDEZ GIL	59	00								X	C										0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 2.623.932	\$ 419.900	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 2.623.932	\$ 328.000	2,436	\$ 2.623.932	\$ 64.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 811.900	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 0	\$ 0	\$ 2.623.932	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 64.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 64.000	\$ 0	\$ 64.000